

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס
בדואר אלקטרוני או
בפקס, בהתאם להנחיות
המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס.
אם יש צורך בחתימה, מלאו
את שמכם וסמנו  בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה
ידינית לא ניתן לחתום דרך
המחשב. הדפיסו את המסמך
וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ
ושמרו אותו על
המחשב, באמצעות
Download

הקובץ לא נפתח?
יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת
על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם?
[למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט.
בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות
מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



תאריך: ____/____/____

בקשה לשלם על חבר מכבי אחר

אני מבקש/ת לשלם עבור החברים המפורטים מטה את ההשתתפויות העצמיות המחויבות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כולל: ביקורי רופאים, מכונים ותרופות) ואת דמי החבר החודשיים עבור תוכניות הביטוח הנוספות (מכבי כסף, מכבי זהב, מכבי שלי, מכבי סיעודי, קרן מכבי), לרבות התחייבויות קודמות שרשומות במערכת וטרם שולמו.

עבור בעל/ת היתר (אחמ"ש) - מבקש/ת לשלם דמי ביטוח בריאות מיוחדים, כולל עבור תקופת האכשרה הבסיסית (6/27 חודשים).

כמו כן, ידוע לי כי במידה וביום החתימה על טופס זה מעודכנים כבר במערכות מכבי חברים עליהם אני משלם/ת, חברים אלו ימשיכו להיות משולמים על ידי, ולא יהיה כל שינוי בהרכבם עד לקבלת בקשה בכתב ממני.

פרטי המבקש/ת:

שם בעל/ת חשבון / כרטיס אשראי:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)

פרטי החברים:

מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

חתימה:

שם מלא:	תעודת זהות: (9 ספרות)	תאריך:	חתימה: